Resumo Exame Respiratorio - Wanderson

Habilidades medicas II (Universidade de Fortaleza)

Scan to open on Studocu

Studocu is not sponsored or endorsed by any college or university
Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)

Wanderson de Almeida Pereira

Exame Físico Respiratório

- Inspeção

- Inspeção geral
- ✓ Pesquisar cianose

Cianose: Coloração azulada da pele e das mucosas decorrente do acúmulo de hemoglobina não oxigenada. Deve-se buscar na língua, mucosa oral, pontas dos dedos, lóbulo da orelha e ponta do nariz. Pode ser de dois tipos:

A) Central: O sangue já chega nos tecidos desoxigenado por falta de oxigenação nos pulmões. A língua, as mucosas orais e a pele ficam azuladas.
B) Periférica: Ocorre consumo exagerado de oxigênio nos tecidos periféricos, podendo ser generalizada ou local. A pele fica azulada, mas as mucosas orais e a língua não.

✓ Hipocratismo digital

O hipocratismo digital é um espessamento da carne que fica sob as unhas dos dedos das mãos e dos pés. A unha curva para baixo, de maneira semelhante ao formato da parte redonda de uma colher voltada para baixo. Está associado à doença pulmonar incapacitante, provavelmente enfisema pulmonar e também vem sendo descrito associado a várias doenças, como DPOC, cirrose hepática, cardiopatias congênitas cianóticas, neoplasias malignas pulmonares, doenças inflamatórias intestinais, entre outras, podendo ser também de origem congênita.

✓ Batimentos de asa de nariz

É o aumento no tamanho das narinas durante a respiração. Frequentemente o batimento das asas do nariz indica que a pessoa precisa de efetuar um maior esforço para respirar. Qualquer condição que provoque um maior esforço para obter o ar suficiente de que a pessoa necessita, pode causar esse batimento das asas do nariz. Pode ser causado por obstrução das vias respiratórias, crise aguda de asma, bronquite, bronquiolite, pneumonia e etc.

- Inspeção estática

O primeiro passo é examinar as condições da pele em geral procurando lesões, escoriações, hematomas.

✓ Forma do tórax

1. Tórax chato: Reduzido diâmetro anteroposterior e as escapulas se sobressaem no relevo torácico, mas não é indicativo de patologia.
2. Tórax em tonel ou em barril: Grande diâmetro anteroposterior. A causa mais comum é o **enfisema pulmonar**, mas pode surgir em pessoas idosas livres de doenças pulmonares.
3. Tórax infundibuliforme (pectus excavatum): Caracteriza-se por apresentar uma escavação mais ou menos no terço inferior do esterno. Pode ser congênito ou adquirido, como no caso dos tórax de sapateiro e no raquitismo. Quando muito acentuado, pode causar restrição respiratório.
4. Tórax cariniforme (pectus carinatum): Apresenta um abaulamento ao nível superior do esterno. Também é chamado de peito de pombo e pode ser congênito ou adquirido.

This document is available on studocu

Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)

5. Tórax cifótico: Ocorre um encurvamento posterior da coluna torácica.
6. Tórax escoliótico: O tórax fica assimétrico por consequência do encurvamento lateral da coluna torácica.
7. Tórax cifoescoliótico: É uma combinação de cifose e lordose. Pode causar restrição respiratória grave.
8. Tórax instável traumático: É consequência da fratura de várias costelas (no mínimo 3) que causa movimento respiratórios paradoxais.

Abaulamentos: As principais causas são aneurisma de aorta, tumor do timo ou do mediastino superior, derrames pleurais e hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Retrações: As principais causas são atelectasias e lesões fibróticas, sucos de Harrison e o rosário raquítico, que são alterações nas costelas provocadas pelo raquitismo.

- Inspeção Dinâmica

Tipo respiratório: Pode ser costal superior, mais comum nas mulheres, ou toracoabdominal, mais comum nos homens. A observação do tipo de respiração é importante para a suspeita de fadiga ou paralisia diafragmática, onde o abdome tende a se contrair durante a inspiração.

Ritmo respiratório: Deve-se observar durante 2 minutos a sequência, a forma e amplitude das incursões respiratórias.

1. Respiração dispneica: movimentos respiratórios longos e dolorosos. Surge na insuficiência cardíaca, enfisema pulmonar, bronquite, pneumonia, derrame pleural e anemias graves.
2. Platipneia: É a dificuldade para se respirar na posição ereta que se alivia quando deitado. Surge após pneumectomia.
3. Ortopneia: Dificuldade para respirar em decúbito.
4. Trepopneia: O paciente se sente mais confortável para respirar em decúbito lateral. Surge na ICC e no derrame pleural.
5. Respiração de Cheyne-Stokes: O paciente apresenta de forma cíclica incursões respiratórias que vão se tornando cada vez mais profundas até atingir um ápice. Neste momento, os movimentos começam a diminuir progressivamente podendo ocorrer apneia. Ocorre em condições como ICC, AVC e traumatismos cranioencefálicos.
6. Respiração de Biot: Ocorrem períodos de apneia que interrompem a sequência dos movimentos respiratórios. Há uma verdadeira arritmia respiratória. É comum nas meningites, em neoplasia ou hematomas extradural, traduzindo sempre uma lesão no centro respiratório.
7. Respiração de Kussmaul: Amplas e rápidas inspirações interrompidas por períodos curtos de apneia. É observada em casos de cetoacidose diabética e insuficiência renal com uremia.
8. Respiração suspirosa: Movimentos respiratórios interrompidos por suspiros.

Amplitude da respiração: Caracterizar como normal, profunda ou superficial.

Frequência respiratória: Caracterizar como eupneia, taquipnéia, bradipneia ou apneia. O normal do adulto é de 16 a 20 irpm.

Tiragem: Quando há um obstáculo que impeça a penetração do ar, o pulmão não se expande. A pressão atmosférica, ao atuar na área da parede torácica, causa uma depressão nos espaços intercostais que é chamado de tiragem. Quando é **unilateral**, indica oclusão de um brônquio

Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)

principal por exsudato espesso, neoplasia ou corpo estranho. Quando é **bilateral**, incida obstrução acima da bifurcação traqueal.

Expansibilidade: Caracterizada como normal, presente e simétrica. No entanto, é melhor avaliada pela palpaçãp.

Inspeção do pescoço: É importante observar se a respiração está sendo auxiliada pela musculatura acessória, sinal precoce de obstrução das vias respiratórias.

- Palpação

Palpação da traqueia: Ver se está centralizada, se é móvel ou se está dolorida.

Estruturas da parede do tórax: Deve-se buscar sinais de dor, massas, creptações (enfisema subcutâneo), tumorações, abaulamentos e retrações.

Expansibilidade e mobilidade: Deve-se avaliar os ápices e as bases anterior e posteriormente, analisando durante a respiração tranquila e depois pedindo para o paciente respirar mais profundamente. A diminuição da expansão pode ser unilateral (ápices = processo infeccioso e bases = derrame pleural, hepatomegalia, esplenomegalia, hidrotórax) ou bilateral (ápices = processo infeccioso e bases = gestação, ascite, obesidade grave e derrame pleural).

Frêmito toracovocal: São as vibrações sentidas na parede do tórax quando o paciente emite algum som. O examinador deve repousar a mão (eminência óssea) nas áreas do tórax do paciente e solicitar que ele fale “trinta e três”, avaliando face anterior, faces laterais e face posterior e sempre comprando as regiões homólogas. Ele está aumentado em caso de consolidações pulmonares, como no caso de pneumonias e consolidação pulmonar, ou diminuído como no caso de derrame pleural, espessamento de pleura, pneumotórax e enfisema. Também é útil para determinar o limite inferior dos pulmões na face posterior ao se utilizar a face medial da mão.

P.S. O lado direito apresenta fisiologicamente o frêmito aumentado por conta do menor comprimento do brônquio direito.

- Percussão

Percutir o ápice do pulmão (ou na região supraclavicuar ou diretamente sobre a clavícula, utilizando-a como plexímetro), face anterior, posterior e lateral (pedir para o paciente colocar as mãos sobre a cabeça). Deve-se golpear ora de um lado ora do outro sempre em pontos simétricos.

1. Na área de projeção do coração, fígado e baço obtêm-se som maciço ou submaciço.
2. Na área de projeção do fundo do estômago – espaço de Traube – obtêm-se som timpânico.
3. Nas demais regiões encontra-se sonoridade pulmonar ou som claro pulmonar.

- ✓ Hipersonoridade pulmonar: Aumento de ar nos alvéolos sendo o enfisema a principal causa.
- ✓ Submacicez e macicez: Traduz diminuição ou desaparecimento da sonoridade pulmonar, indicando redução do ar nos alvéolos, como acontece na pneumonia, tuberculose, infarto pulmonar e neoplasia.
- ✓ Som timpânico: Indica ar aprisionado no espaço pleural (pneumotórax).

This document is available on studocu

Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)

- Ausculta

1. Som traqueal: Audível na região de projeção da traqueia, no pescoço – fúrcula - e na região esternal.
2. Respiração brônquica: Corresponde ao som traqueal audível nas proximidades do esterno. É diferente do som traqueal apenas por ter o componente expiratório menos intenso. Sua presença em outras regiões indica condensação pulmonar, atelectasia por compressão ou presença de caverna.
3. Respiração brocovesicular: Segundo espaço intercostal direito e esquerdo na face anterior e na altura de T4 na face posterior.
4. Murmúrio vesicular: Periferia dos pulmões. É produzido pela turbulência do ar circulante ao se chocar pelas bifurcações dos brônquios. Ele pode ficar mais intenso quando o paciente respira amplamente e com a boca aberta e após esforço, ou pode ficar diminuído em caso de pneumotórax, hidrotórax ou espessamento pleural.

- Sons anormais

A) Sons ou ruídos anormais descontínuos

Estertores finos: Ocorrem no final da inspiração, tem frequência alta e duração curta. Não se modificam com a tosse e podem ser comparados com o som de atrito de cabelos. São mais audíveis nas bases pulmonares. São resultado da abertura de vias respiratórias anteriormente fechadas em razão da pressão exercida por líquido ou exsudato no parênquima pulmonar, como acontece na pneumonia, congestão pulmonar e ICC esquerda.

Estertores grossos: Têm frequência menor e duração maior que os finos. São alterados com a tosse e ouvidos em todo o tórax. Além disso, podem ser ouvidos desde o início da inspiração até o fim da expiração. São resultado da abertura e fechamento de vias que contêm secreção espessa, como nas bronquites e bronquiectasias.

B) Sons ou ruídos anormais contínuos

Roncos e sibilos: Os roncos são sons graves originados de vibrações das paredes brônquicas quando há estreitamento desses ductos, seja por edema da parede ou presença de secreção aderida a ela, como na asma brônquica e nas bronquites, e ocorrem tanto na inspiração quanto na expiração. Já os sibilos são sons agudos, originados das vibrações das paredes dos brônquios e também ocorrem na inspiração e expiração, sendo comuns na asma e bronquite.

Estridor: É um ruído inspiratório produzido por obstrução da laringe ou traqueia, podendo ser provocado por difteria, câncer de laringe e estenose de traqueia.

C) Sons anormais de origem pleural

Atrito pleural: Som descontínuo, irregular e mais intenso na inspiração semelhante ao som de couro atritado. Comum nos casos de pleurite.

P.S. Os sons anormais são chamados em conjunto de **ruídos adventícios.**

- Ausculta da voz

É o último passo, devendo-se fazer a ausculta da voz falada e da cochichada. Os sons ouvidos na parede torácica são chamados de ressonância vocal. Em condições normais, quando o paciente fala “33”, tanto na voz falada quanto na cochichada, não deve-se ouvir com nitidez o som com

Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)

o estetoscópio. Quando o pulmão está consolidado, como na pneumonia e infarto pulmonar, as palavras ficam mais nítidas.

Quando se ouve com nitidez a voz falada, chama-se de pectorilóquia fônica, e quando se ouve com nitidez a voz cochichada fala-se de pectorilóquia afônica.

This document is available on studocu

Downloaded by Lara Beatriz (larabeatrizalmeida123@gmail.com)